TRAVAUX ORIGINAUX

—

I

Gliome monolatéral de la rétine chez un enfant de 4 ans. Enucléation de l'œil malade, sans sutures du moignon. — Réunion par première intention. — Présentation de pièces histologiques (1),

Par le Dr Sureau.

Marcel P... a 4 ans. Le 5 octobre 1901, il vient à ma clinique, conduit par sa mère, pour une conjonctivite catarrhale aiguë de l'œil gauche. Depuis plusieurs mois déjà, cet œil, par intermittences, est douloureux. Et la vision diminue graduellement. De plus, la mère a remarqué qu'à certains moments, quand la lampe est allumée, cet œil jette comme des éclairs. « C'est, dit-elle, dans une expression « très imagée, comme si mon enfant avait « un soleil dans l'œil ». L'enfant a continuellement mal à la tête ; il dort mal la nuit, ou, quand il dort, son sommeil est troublé par des cauchemars. Sa santé laisse à désirer ; il est devenu taciturne ; il manque d'appétit et maigrit tous les jours.

Il n'a pas, dans sa famille, d'ascendants qui soient morts de tumeur maligne.

Quand il se présente à ma consultation, Marcel P... paraît malingre, pâlot et quelque peu mélancolique. Néanmoins, il ne paraît pas encore trop déprimé.

Par ailleurs, l'œil ne paraît pas sensiblement augmenté de volume. On ne remarque pas non plus d'exostose frontale, et les ganglions sous-maxillaires et parotidiens, aussi bien que les ganglions cervicaux, axillaires ou thoraciques, ne sont pas engorgés.

Dès que, au bout de quelques jours, la sécrétion conjonctivale est tarie et que l'œil de l'enfant peut rester ouvert, on est frappé, ainsi que le disait la mère, du reflet qu'à l'instar des yeux de fauves, prend cet œil sous certains angles de lumière. On dirait bien, en effet, un rayon de soleil, réfléchi et mitigé, dans son éclat, par une surface blanche dépolie et rugueuse.

A l'éclairage ophtalmoscopique, on constate que la cornée a gardé toute sa transparence et que la chambre antérieure est normale. L'iris a la couleur de l'iris de l'œil sain, mais, il est en mydriase modérée ; le réflexe à l'accommodation est aboli et le reflexe à la lumière, diminué notablement.

Le cristallin est, comme la cornée, tout à fait transparent, et il en est de même des couches antérieures du corps vitré. Par contre, l'image habituelle du fond de l'œil est, du côté interne, considérablement modifiée. Dans toute la partie située de ce côté, entre le pôle postérieur proprement dit, et la région équatoriale, on aperçoit un soulèvement de la rétine très étendu, irrégulier et bosselé, de couleur nacrée, réfléchissant fortement la lumière du miroir. A la surface de ce décollement, on voit courir, suivant fidèlement les saillies et les méplats de la membrane décollée, les vaisseaux rétiniens ainsi que des vaisseaux de néoformation. Puis, au fond d'une anfractuosité et assez confusément, on aperçoit le nerf optique.

La partie culminante de la tumeur est en forte saillie dans le corps vitré, à proximité de la face postérieure du cristallin, qui, pourtant ainsi que je l'ai dit plus haut, est encore vierge de toute opacité. La base, dont on ne peut apercevoir en haut les limites ultimes, paraît devoir dépasser la région équatoriale supéro-interne et il est permis de penser que la région ciliaire elle-même est envahie par le néoplasme.

Le tonus de l'œil est encore à peu près normal. Aussi, l'intervention opératoire ne paraissant pas encore absolument urgente, je m'étais proposé, avant de faire l'énucléation de cet œil, de vous présenter Marcel P... à la séance de la Société d'ophtalmologie du mois de novembre. Malheureusement, à partir du 20 octobre, des douleurs vives survinrent, en même temps qu'une augmentation de tension

(1) Travail présenté à la Société d'ophtalmologie de Paris, le 8 avril 1902.

VALERIANATE PIERLOT
PUISSANT ANTISPASMODIQUE
neurasthénie, spasmes de l'accommodation, tics de la face et des paupières, névroses, etc.
LANCELOT ✻ et Cie, pharmaciens, 26, rue Saint-Claude, PARIS

de l'œil se fit sentir. Et je dus, en hâte, le 22 octobre, au soir, procéder à l'énucléation.

Elle fut des plus simples. Je n'eus presque pas de sang, et, comme pansement, je me contentai de bourrer légèrement la cavité oculaire avec un peu de gaze iodoformée et de faire un pansement compressif, sans avoir suturé l'orifice conjonctivo-capsulaire.

J'ai adopté depuis longtemps, d'une façon définitive, cette manière de procéder, et je n'ai jamais eu à m'en plaindre. Sur les 13 énucléations que j'ai pratiquées depuis huit ans, je n'ai fait que deux fois — les deux premières — la suture traditionnelle en bourse, recommandée par certains auteurs. Je n'oserais pas dire que mes résultats sont meilleurs depuis que je ne fais plus de sutures. Mais ils sont, pour le moins, aussi bons. En huit ou dix jours, la plaie est réunie par première intention, et, ainsi que vous avez pu vous en rendre compte par l'examen de mon petit opéré, mon moignon est parfait.

J'ajouterai que cette méthode qui, au point de vue du résultat opératoire, n'a rien à envier à la méthode classique, pourrait bien avoir sur cette dernière un avantage sérieux : celui d'offrir — en cas de suppuration toujours possible du moignon ou de la cavité orbitaire elle-même — une véritable soupape de sûreté, permettant l'évacuation immédiate du pus, et diminuant par là, même la chance d'infection rétrograde vers le canal optique et le cerveau,

Examen anatomo-pathologique. — Une fois sorti de la cavité orbitaire, l'œil paraît d'un volume supérieur à la normale. Il est régulièrement sphérique et ne présente à sa surface externe ni bosselures, ni orifices. On peut espérer, par suite, que la tumeur est encore franchement localisée à l'intérieur. Dès lors, au point de vue opératoire, on peut espérer que l'énucléation suffira sans que l'on soit obligé de recourir à l'évidement de la cavité orbitaire.

A la coupe — après durcissement pendant une dizaine de jours, dans le formol et l'alcool — tout le pôle postérieur de l'œil apparaît rempli par une substance molle, blanc-jaunâtre, présentant çà et là quelques taches hémorrhagiques et ayant, dans son aspect général, l'apparence du mastic. La rétine est décollée dans toute la partie interne. Le cristallin paraît indemne ainsi que les couches antérieures du corps vitré.

Examen microscopique. — Les préparations microscopiques ont été faites en collaboration avec un de nos confrères belges, le Dr Tita, dans le laboratoire et sous la direction du Dr Gastou, chef de clinique, à l'hôpital Saint-Louis, du professeur Fournier. Malheureusement, une portion de la pièce mise au microtome a été égarée et je ne puis, par suite, vous montrer ici que des préparations à section très excentrique, n'ayant intéressé ; en avant, ni la cornée ni le corps ciliaire en arrière, le point d'entrée du nerf optique dans l'œil.

Telles qu'elles sont, ces préparations montrent que la sclérotique a conservé son aspect normal, sauf en un point, près du pôle postérieur, où elle est notablement amincie et refoulée au dehors. Dans le voisinage immédiat de cette partie ectasiée, on constate un envahissement de la sclérotique par des cellules de néoplasie intra-oculaire, envahissement qui se fait dans la direction des espaces lymphatiques, situés entre les faisceaux de fibres lamineuses constituant cette membrane.

La choroïde, au niveau du néoplasme, a disparu complètement ; ailleurs, elle est altérée, au point de devenir presque méconnaissable.

La rétine est le siège véritable de la néoplasie. En deux ou trois endroits, on y reconnaît encore la structure rétinienne. Mais, les portions qui possèdent encore à peu près leur constitution primitive sont très réduites et se continuent sans ligne de démarcation bien nette avec le tissu néoplasique.

Ce tissu est constitué par de petites cellules à gros noyau, pauvres en protoplasma. La forme de ces cellules est ronde ou légèrement allongée ; on y trouve d'assez nombreuses figures de division et, en quelques rares endroits, la structure en rosace, décrite par Fuchs. Çà et là, se voient quelques foyers de nécrose,

Cette tumeur est richement vascularisée ; les vaisseaux sont, pour la plupart, normaux, mais, un certain nombre présentent des signes manifestes d'entardérite et leur paroi paraît hyalinisée.

La rétine est décollée, par places, dans une grande étendue, et dans l'intervalle existant, dès lors, entre la choroïde et la rétine, on constate une certaine quantité de substance amorphe,

Le diagnostic n'est pas douteux, la tumeur est rétinienne, c'est un gliome.

. . . . . .

Je n'entreprendrai point maintenant, de résoudre ici la question de savoir si — ainsi que l'a pensé Ch. Robin, qui avait été frappé de la ressemblance des petites cellules rondes du gliome avec les grains de la rétine, appelés par lui myélocytes — le gliome est tout bonnement — chose peu probable pourtant, — étant donnée la malignité habituelle de cette tumeur — une hyperplasie simple des éléments granuleux rétiniens, ou si, — chose bien plus vraisemblable —, le gliome doit rentrer franchement dans la catégorie des tumeurs cancéreuses.

Je n'entreprendrai pas davantage de vous dire qui a raison de Wirchow (1), Knapp, Leber (2) et Grohman (3), qui soutiennent que le point de départ du gliome se trouve indistinctement dans les deux couches des grains de la rétine; ou de Schultze, Gama Pinto et Hirschberg, qui incriminent, au contraire, uniquement, la couche interne des grains ; ou bien encore d'Ivanoff (4) et Manfredi (5), qui assignent comme siège au gliome les fibres nerveuses elles-mêmes ; ou enfin, de Hœnsel (6) qui croit volontiers, pour cette tumeur, à une origine rétinienne primitive. C'est là besogne d'histologiste et non de clinicien. Et, d'ailleurs, les coupes microscopiques que je vous ai présentées ne permettraient guère, vu la diffusion déjà manifeste de la tumeur à l'intérieur de l'œil, de préciser exactement le lieu d'origine de cette tumeur.

Il me paraît pourtant raisonnable de penser que la couche interne des grains a bien pu, ici, être le point de départ de la tumeur. En tout cas, cette tumeur doit être rangée dans la variété des gliomes dits endophytiques. Car, d'une part, la richesse du corps vitré en éléments néoplasiques, et l'intégrité presque absolue de la sclérotique d'autre part, montrent à n'en pas douter qu'elle a évolué franchement de la rétine vers le corps vitré. C'est-à-dire de l'*extérieur vers l'intérieur*.

Qu'adviendra-t-il maintenant de notre petit malade! L'avenir seul nous le dira. Ce qui est certain, dès maintenant, c'est qu'une amélioration notable s'est produite depuis l'énucléation, c'est à-dire depuis plus de 5 mois, dans l'état général de Marcel P. Bien qu'il rêve encore quelquefois la nuit, Marcel P. a engraissé ; il a bon appétit et a repris un peu de sa gaieté primitive.

Je vous tiendrai au courant des événements et, dans le cas où un malheur viendrait à se produire plus tard, je ferais mon possible pour vous communiquer les résultats de l'autopsie. J'espère bien pourtant que je n'aurai pas à terminer ainsi mon observation.

(1) Traité des tumeurs.
(2) Graefe und Sœmisch, p. 270, V.
(3) *Arch. f. opht.* XXXIII, 2, p. 47, 1887.
(4) Iwanoff. — *Arch. f. opht.* XV, 2, p. 75.
(5) *Revista chir.*
(6) Hirschberg. — *Arch. f. opht.* XVII, p. 297.

II

Technique des injections de paraffine solide,

par le Dr Broeckaert.

Le travail que j'ai publié tout récemment sur la prothèse au moyen d'injections de paraffine (1), me semble avoir été accueilli avec un vif intérêt. J'aurais toutefois voulu attendre quelques mois avant de donner la formule exacte et précise de la technique opératoire, et réserver à Eckstein l'honneur de faire connaître son procédé. Mon expérience aurait été alors plus étendue et j'aurais probablement modifié certains détails, afin que l'avenir pût justifier les belles espérances qu'a fait concevoir la nouvelle méthode des injections plastiques. Les instances de nombreux confrères, l'idée d'être utile à une légion de patients, m'ont engagé à formuler, dès à présent, le mode opératoire tel que je l'ai appliqué.

Comme je l'ai écrit dans mon premier travail, la méthode d'Eckstein diffère de celle qui fut adoptée par Gersuny par ce point essentiel que la vaseline blanche, substance fusible vers 38° à 40°, y est remplacée par de la paraffine solide. Il est en effet démontré que la vaseline mélange de 1 partie de paraffine solide et de 4 parties de paraffine liquide, constitue une substance dont la résorption n'est pas absolument nulle, et qui, à cause de son point de fusion peu élevé, n'offre pas des garanties suffisantes pour être déposée dans l'organisme. Il n'en est pas de même de la paraffine solide, substance neutre, non résorbable, qui ne fond que vers 74°-80°. Seulement, on le conçoit sans

(1) Broeckaert. — *La Clinique oph.*, n° 49, 1901.)

peine, à un tel degré de fusion, la paraffine n'est pas applicable à la prothèse. Il a suffi à Eckstein de rechercher une paraffine à point de fusion quelque peu plus faible pour arriver au résultat visé. Après des recherches minutieuses, il a arrêté son choix sur la paraffine solide fusible vers 60°, convaincu que la résorption, si elle pouvait encore se produire, serait certainement négligeable.

Stein (1), assistant à la clinique du professeur V. Bergmann, qui a également mis en expérience diverses paraffines, considère la paraffine fusible à 43° comme la plus favorable pour la prothèse chirurgicale. Il rejette absolument toute paraffine dont le point de fusion dépasse 50°, parce qu'elle détermine, d'après lui, une vive inflammation du pourtour, la nécrose de la peau sus-jacente et même l'élimination consécutive du bloc de paraffine.

Ces craintes exprimées par Stein ne s'étant pas vérifiées, et pour les motifs que j'ai développés dans mon premier mémoire, j'ai recouru, dans mes essais, à la paraffine d'Eckstein. Et de fait, les beaux résultats que j'en ai obtenus ne m'ont point déçu dans mon attente.

Technique opératoire. — La technique de la méthode, tout en étant assez simple, n'est cependant pas sans offrir quelques difficultés ; il ne sera donc pas superflu d'en faire une description très minutieuse, car la moindre négligence peut nuire à l'excellence du procédé.

Le produit dont on se sert doit être préalablement *stérilisé*, et il importe que le pharmacien, qui le prépare, livre une paraffine absolument stérile. Cette stérilisation peut se faire soit en chauffant la paraffine jusqu'à l'ébullition, laquelle se produit entre 360° et 380°, soit, mieux encore, en plaçant la paraffine pendant une demi-heure dans une étuve où règne une température de 200°. La paraffine est alors conservée dans des petits pots hermétiquement fermés.

Avant de faire l'injection, il est évidemment nécessaire de prendre toutes les précautions aseptiques d'usage. On lavera soigneusement la région, d'abord avec de l'eau de savon, puis avec de l'alcool ou une solution de sublimé au millième.

L'anesthésie locale est plutôt nuisible qu'utile. Ce n'est guère que chez des enfants très pusillanimes qu'on devrait songer à recourir à l'anesthésie générale.

L'injection de la paraffine ne peut pas se faire au moyen d'une simple seringue de Pravaz ; une seringue stérilisable d'une capacité de 5 centimètres cubes, à piston en asbeste ou en verre, convient mieux à cet usage. Comme l'injection se fait généralement sous une pression assez forte, il faut choisir une seringue dont la canule s'adapte à vis au corps de pompe, et dont l'orifice terminal soit assez large pour donner un jet suffisant.

L'idéal serait d'avoir une seringue que l'on pourrait maintenir à une température quelque peu supérieure au point de fusion de la paraffine. Car, malgré toutes nos précautions, la paraffine tend très rapidement à se refroidir et se solidifier. Pour parer à cet inconvénient dans la mesure du possible, Eckstein a entouré sa seringue d'un manchon en caoutchouc, ne laissant libre que l'extrémité de la canule et le tiers supérieur du corps de pompe.

Avant de procéder à l'injection, il faut liquéfier la paraffine solide. A cet effet, le petit pot qui renferme le produit est placé dans un récipient métallique dont l'eau est portée à l'ébullition jusqu'à ce que la paraffine ait complètement fondu. Cela fait, on introduit dans la paraffine l'extrémité d'un thermomètre centigrade, qui y est maintenu à l'aide d'un support, et on laisse refroidir graduellement les liquides.

Il ne faudrait pas oublier non plus de stériliser au préalable la seringue, en la laissant quelques minutes dans l'eau bouillante, après quoi on la dépose, jusqu'au moment de s'en servir, dans un second récipient qui contient de l'eau très chaude.

Pendant que le refroidissement de la paraffine s'effectue, on fait asseoir le sujet à opérer sur une chaise, à proximité de l'instrumentation. Une serviette pliée en plusieurs doubles est placée sous son menton et sur ses épaules.

Lorsque le thermomètre n'indique plus que 65°, le moment est venu de procéder rapidement à l'injection de la paraffine. La seringue est retirée de l'eau chaude et remplie de la ma-

(1) Stein. — Ueber die Erzeugung subkutaner Paraffinprothesen (*Deutsch. Medicin. Wochenschrift*, 1901, n° 39 u. 40).

tière en fusion, dont la température doit osciller entre 63° et 65° ; une température plus élevée pourrait déterminer des accidents de brûlure, une température plus basse rendrait l'injection impossible à cause de la solidification rapide de la paraffine.

De la main gauche, le médecin soulève un pli de la peau en l'endroit qu'il a jugé le plus propice, et, après s'être assuré, par l'écoulement de quelques gouttes de paraffine, que le contenu de la seringue est resté à l'état liquide, il procède à l'injection en faisant agir le pouce de la main droite sur la tige du piston. Pendant toute la durée de l'injection, on doit maintenir la peau soulevée par la main gauche, et il importe qu'un aide, placé à la droite de l'opéré, délimite soigneusement, avec le pouce et l'index, la région opératoire, afin que la paraffine ne soit déposée qu'à l'endroit voulu.

Ce premier temps de l'opération doit se faire lestement et sans hésitation, sans quoi la paraffine qui remplit la canule devient solide et empêche tout écoulement ultérieur. Il ne faut faire l'injection ni trop timidement, ni avec trop de vigueur ; l'usage seul apprend la force avec laquelle il faut pousser le piston de la seringue.

Le *modelage* étant achevé en s'inspirant des règles de l'esthétique, on n'a plus qu'à recouvrir avec une légère compresse d'alcool absolu l'endroit où la piqûre a été faite.

Les soins consécutifs se réduisent à très peu de chose. Je me suis bien trouvé, dans ces dernières semaines, en faisant appliquer sur la région quelques compresses d'eau boriquée. Généralement, dès le lendemain, il suffit d'y mettre un petit morceau de taffetas anglais ou de peau divine.

Fautes et accidents. — Je n'insisterai pas plus longuement sur les accidents graves qui ont été observés par Pfannenstiel et Halban à la suite d'injections de vaseline : *l'embolie pulmonaire* qu'ils ont vue survenir doit être attribuée uniquement, comme je l'ai écrit, à une faute de technique. Un tel danger n'est pas à craindre avec la paraffine solide, si l'on n'injecte pas en plein tissu musculaire ou dans des vaisseaux d'une certaine importance.

Il en est de même de la *nécrose de la peau sus-jacente*, accident que Stein a observé parfois chez les animaux en expérience, mais que ni Eckstein, ni moi, nous n'avons jamais observé. Des *escharres* seraient toutefois à craindre à la suite de brûlure, soit que la paraffine fondue ait été portée à une température trop élevée, soit que la canule ait été trop chauffée. C'est pour prévenir cet accident, qu'il importe de remuer la paraffine en fusion, avant d'en remplir la seringue, car bien souvent la paraffine qui occupe le fond du vase est plus chaude que celle qui se rapproche de la surface.

Si l'introduction de la canule sous la peau y a déterminé un certain degré de brûlure, la guérison de la petite plaie sera *retardée*, et aboutira même à la formation d'une légère perte de substance avec production d'une *cicatrice* plus ou moins visible.

Certains accidents, qui sont imputables à un défaut d'asepsie ou à l'emploi d'un produit insuffisamment stérilisé, peuvent être passés sous silence, puisque les règles d'asepsie s'imposent évidemment ici comme pour toute autre intervention.

Si l'on n'a négligé aucune des précautions indiquées, l'injection de paraffine ne peut être suivie d'aucune complication nocive. Quelquefois on observe le premier jour un peu d'*œdème* dû à la compression des vaisseaux lymphatiques, mais cet œdème, d'ailleurs très fugace, fait souvent même défaut.

FAITS CLINIQUES

Deux cas de buphtalmos dans la même famille, par le Dr Guiot, de Caen.

Chez un jeune enfant de cinq ou six ans et chez l'oncle maternel de cet enfant ; les autres membres de cette famille ne présentent pas d'anomalie de l'organe de la vision.

J'ai pu observer l'enfant pendant plusieurs mois ; mon diagnostic et surtout mon pronostic n'ont sans doute pas cadré avec les idées des parents, car je l'ai perdu de vue. Du reste, la buphtalmie ne présentait chez lui aucune particularité digne d'être signalée.

L'oncle, qui est âgé d'environ cinquante ans, a vécu jusqu'à ces dernières années en se livrant à un travail relativement actif : il est cantonnier d'une commune des environs de Caen.

Même la beauté de ses yeux (à l'entendre) a

joué un grand rôle dans son existence, et n'a pas été sans produire une vive et durable impression par deux fois, tout au moins, car à deux reprises notre homme a convolé en justes noces. Et « ces succès, il les reporte volontiers à ses vastes cornées et aux profondeurs pleines de mystère de ses chambres antérieures ».

Les cornées sont effet d'une dimension au moins double d'une cornée de moyenne grandeur, parfaitement transparentes, et délimitent des chambres antérieures remplies d'une humeur aqueuse abondante et d'une limpidité absolue.

Rien à signaler du côté de l'iris, mais les cristallins sont opacifiés et cette opacification venue progressivement est incomplète à droite, complète à gauche.

Tonus élevé sans être exagéré.

L'extraction de la cataracte, la perception lumineuse reconnue bonne dans tous les sens, est pratiquée à gauche.

Incision en dedans du limbe, sortie facile d'un petit noyau et d'une très grande quantité de masses laiteuses.

Pupille ronde et noire. V = compte facilement les doigts à 0m20 et reconnaît les différents objets qui sont présentés.

Pas de collyre, pansement sec, modérément compressif.

Ce pansement est renouvelé les jours suivants ; à aucun moment, il n'y a eu la moindre sécrétion ; la réunion immédiate s'est faite régulièrement du côté de la plaie opératoire ; tout s'est passé comme s'il s'agissait de l'extraction d'une cataracte sénile ordinaire.

Mais il n'en a pas été de même du côté des membranes profondes et de l'iris.

Le soir même de l'intervention, l'opéré était tourmenté par des phénomènes lumineux (bouquets d'étincelles), phénomènes qui vers le troisième jour avaient acquis une très grande intensité, au point de rendre le sommeil impossible.

L'onguent napolitain et la belladone eurent enfin raison de ces accidents et le malade, après douze jours, quittait la clinique mais avec V = simple perception lumineuse.

Quant à l'examen du fond de l'œil, impossible à pratiquer, très vite la pupille s'étant refermée en un myosis absolu et définitif.

Evidemment l'intervention, bien que conduite prudemment, a été la cause déterminante des accidents d'irido-choroïdite.

Ces accidents pouvaient-ils être prévus ? Oui, dans une certaine mesure ; aussi, avant d'opérer, avions-nous eu la précaution d'avertir l'intéressé des conditions spéciales mauvaises dans lesquelles était l'œil cataracté, conditions rendant problématique un résultat satisfaisant.

Ces accidents pouvaient-ils être évités ? Nous ne le pensons pas ; car, notre intervention a été faite avec la plus grande circonspection.

Et si l'opération a été tentée, malgré les accidents prévus et impossibles à éviter, c'est que nous n'avions pas d'autre moyen de rendre la vision à cet œil.

Plus tard, quand tout symptôme d'irritation aura disparu depuis longtemps, si l'état local nous paraît favorable, si la perception lumineuse s'est maintenue bonne dans tous les sens, nous ferons l'iridotomie.

Je signale en passant la rareté de la cataracte chez les buphtalmiques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS.

Séance du 8 avril 1902.

M. Dehenne lit son rapport sur un projet ; **de tarif des honoraires médicaux en cas d'accidents.**

Après une longue délibération, voici quels ont été les prix établis en prenant en considération le tarif déjà adopté par les médecins oculistes de Bordeaux.

1° Examen d'un blessé, constat pour la Compagnie, et certificat pour la Mairie, avec extraction d'un corps étranger superficiel simple, n'exigeant pas plus de *deux consultations* ..... Fr. 10

2° Extraction d'un corps étranger profond de la cornée avec kératite légèrement infectieuse, nécessitant des soins spéciaux et n'entraînant pas plus de *cinq consultations*, en y joignant le certificat à la Mairie ..... Fr. 20

Lorsque ces blessures exigeront des soins demandant plus de cinq consultations consécutives, chaque consultation sera payée ..... Fr. 5

à la condition que le total pour la même maladie ne dépasse pas 100 francs (pour les consultations).

3° Opérations de moyenne importance sur la cornée, la sclérotique, l'iris (suture cornéenne, autoplasties conjonctivales, ulcères infectieux, excision d'un prolapsus irien).....Fr. 50

4° Opérations sérieuses (cataractes traumatiques, iridectomie, extraction des corps étrangers du corps vitré, du cristallin, énucléation, éviscération)....Fr. 100

5° Toutes ces opérations comprennent 5 consultations ou pansements consécutifs. Au-delà de *cinq pansements*, chaque pansement supplémentaire sera coté.....Fr. 5
mais sans que le total des pansements supplémentaires puisse dépasser 100 francs.

6 Anesthésie chloroformique....Fr. 40

7° Si plusieurs opérations successives sont nécessitées par le même accident, la première est cotée à un des prix ci-dessus,
la deuxième est diminuée de 20 p. 100,
la troisième est de 40 p. 100 du prix tariffé.

8° Hospitalisation.....par jour Fr. 6

9° Les aides recevront le 1/4 du prix de l'opération.

Rapports : Note ou Rapport sommaire sur l'état d'un malade en traitement, Fr. 5
Rapport détaillé sur un cas traité Fr. 10
Rapport ou consultation écrite sur un blessé non traité.....Fr. 20
Rapport médico-légal, ou expertise devant être produits en justice.....Fr. 100

Ce tarif sera adressé à tous les oculistes de France qui seront priés de bien vouloir faire acte de bonne confraternité et solidarité en le renvoyant signé avec leurs observations, au Président de la Société d'ophtalmologie de Paris.

Une fois approuvé par tous, ce tarif sera adressé à toutes les compagnies d'assurances avec prière de vouloir bien l'adopter.

Nos confrères oculistes des hôpitaux et hospices voudront bien porter ces documents à la connaissance des directeurs, qui comprendront facilement tout le parti que l'assistance publique pourrait tirer de l'application stricte de la loi sur les accidents.

Cette loi autorise en effet à faire payer aux compagnies et aux patrons, et les frais de séjours et les médicaments, et les honoraires des médecins et chirurgiens.

En attendant, ces derniers pourraient laisser à leurs internes le soin de percevoir les honoraires dus pour les certificats d'après le tarif ci-dessus ; c'est du reste une vieille coutume des hôpitaux que les certificats soient signés par les internes.

Mais ce qui serait certainement le mieux ce serait de réserver l'hôpital aux seuls indigents. Or les patrons et les compagnies d'assurances responsables des accidents du travail ne sont pas des indigents. Les ouvriers blessés ont le droit de se faire soigner chez eux et par un médecin de leur choix.

Ils ont aussi le droit de se faire soigner à l'hôpital s'il leur plait ; mais il ne doivent pas y être envoyés d'office. ni par un patron, ni par une Compagnie, à moins que ces derniers ne s'engagent à payer les honoraires des chirurgiens d'après les tarifs ci-dessus. La ligne de conduite des directeurs des hôpitaux serait alors toute tracée.

M. Sureau présente un enfant chez lequel il a pratiqué l'énucléation pour un **gliome de la rétine** (publié plus haut *in-extenso*).

M. Morax lit : 1° un travail du Dr Aubineau sur **une dacryoadénite de nature syphilitique.** Cette adénite simulait une tumeur de la glande. Elle disparut complètement par le traitement spécifique.

2° Un travail du Dr Germaix d'Alger **sur la non contagion des granulations.** Quand il n'existe pas de sécrétion c'est-à-dire quand les granulations sont absolument sèches, le danger de contagion peut être regardé comme nul.

M. Darier lit son rapport sur un travail du Dr Abt, de Nancy, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant. Cet intéressant mémoire sera imprimé *in-extenso* dans le *Bulletin* de la Société.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE CHEMNITZ

Séance du 11 décembre 1901.

2. — Velhagen : **Diagnostic rapide de l'ulcère serpigineux de la cornée.**

L'auteur examine depuis longtemps sur préparation toutes les infiltrations de la cornée et tous les ulcères qu'il a traités afin d'y re-

chercher le pneumocoque. Dans tous les cas d'ulcère serpigineux grave, il a trouvé le pneumocoque, le plus souvent à l'état isolé. Ayant trouvé des pneumocoques dans une infiltration provoquée par une petite plaie faite par une écharde de bois, suivie d'iritis, il cautérisa avec succès. En revanche, dans 3 autres cas, il n'intervint pas, n'ayant pas trouvé de pneumocoques, et malgré une blessure plus grave, de l'iritis, de l'hypopion, et une dacryocystite. Dans ces 3 cas, le processus inflammatoire s'arrêta spontanément, et on obtint une meilleure acuité visuelle qui si l'on eût pratiqué la cautérisation.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE MAGDEBOURG

Séance du 21 novembre 1901.

SCHREIDER : **Quelle est la meilleure façon de corriger la myopie ?**

Schreider simplifie la correction des jeunes myopes en ne donnant pas de verre au-dessous de 1,5 D. Pour la myopie supérieure à 1,5 D, il donne pour la vision de loin le verre concave, qui corrige approximativement la myopie, sans produire de micropie ; pour la vision de près, il prescrit le verre concave le plus faible qui met le punctum remotum à 0,40 cm. Les myopies inférieures à 10 D ne sont qu'exceptionnellement presque entièrement corrigées pour la vue de loin. Il est tenu compte aussi de l'insuffisance des droits internes et de l'astigmatisme. Les lunettes à verres composés sont contrôlées.

D'après une statistique portant sur les cas traités selon les principes qui viennent d'être énoncés, et s'étendant à une dizaine d'années, l'auteur démontre que la période la plus progressive de la myopie à lieu entre 7 et 10 ans. L'accroissement de la myopie à cet âge, et pour une durée de 7 ans et demi, aurait été de 3,76 D pour l'œil droit et de 3,41 D pour l'œil gauche. Chez les myopes observés pendant 11 ans, l'augmentation moyenne de la myopie pour une observation de 6 ans fut de 2,39 D à droite et 2,21 D à gauche. La même augmentation, à peu de chose près, fut observée chez les myopes de 12 à 13 ans ; tandis que les myopes de 14 ans, observés pendant 8 ans, n'ont présenté qu'une augmentation de 1,94 D à droite et de 1,63 à gauche.

A partir de l'âge de 17 ans, la myopie demeure stationnaire, sauf de rares exceptions. Entre 17 et 20 ans et pour une durée d'observation de 7 ans 1/2, il y eut une augmentation de 0,67 D à droite et de 0,74 D à gauche.

Se basant sur cette statistique, l'auteur croit que la correction totale de la myopie, ainsi que l'a recommandée Pfalz au dernier congrès d'ophtalmologie de Heidelberg, ne peut fournir une diminution notable de la progression de la myopie qu'entre 7 et 14 ans ; aussi il recommande avant tout pour cette période la correction totale de la myopie à partir de 1,25 D. La myopie, déterminée d'abord subjectivement, sera ensuite déterminée objectivement ; s'il y a spasme de l'accommodation, il faudra faire usage de l'atropine. On tiendra compte de l'astigmatisme et de l'insuffisance musculaire ; on ménagera aussi l'amplitude d'accommodation voulue. Les myopes ayant dépassé 20 ans, et qui jusqu'alors n'avaient pas été entièrement corrigés, seront corrigés d'après l'ancienne méthode ; chez les myopes ayant plus de 40 ans, on tiendra compte de la presbytie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NUREMBERG

Séance du 18 juin 1901.

NEUBURGER. — **Myopie consécutive au diabète sucré.**

Une femme de 50 ans, bien portante jusqu'alors, avait reçu 4 semaines auparavant, pour sa presbytie, des lunettes de + 2. D Emmétrope, elle avait bonne vue pour de près et de loin, mais on avait noté une légère faiblesse de l'accommodation. Aujourd'hui, elle revient, se plaignant que depuis 10 jours elle ne voit plus les objets éloignés, en revanche elle peut de nouveau lire sans lunettes, et elle a des étourdissements quelquefois. L'examen montre un fond d'œil normal, les milieux sont transparents, on constate une myopie de — 2 D. Avec un verre — 2 D, l'acuité visuelle est égale à 1 pour la vision de loin ; avec + 1 D, les plus petites lettres sont vues de près. Il reste donc un certain affaiblissement de l'accommodation. En poussant l'examen un peu plus loin, on apprend que la malade a de

la polydipsie et de la polyurie, et qu'elle s'affaiblit.

Les urines (plus de 6 litres par jour) ont 3 gr. 5 °/₀ de sucre. Ce cas est intéressant par ce fait que le diabète a été révélé par l'apparition de la myopie.

Dans ces dernières années, on a signalé de nombreux cas de myopie diabétique ; le premier a été observé par Hirschberg (*Centralbl. f. Augenkeilk.* 1900, janv.).

F. A.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE HEIDELBERG

Séance du 30 décembre 1901.

Leber présente un cas de **télangiectasie très étendue avec végétations angiomateuses**, ayant envahi presque toute la face, qui est très défigurée, et s'étendant même sur les yeux aveuglés par une cataracte compliquée.

Il s'agit d'un campagnard de 53 ans, qui avait pu apprendre à lire à l'école, mais avait perdu la vue plus tard. Les altérations de la face sont congénitales, mais se sont notablement aggravées depuis la naissance. Cette télangiectasie superficielle parsemée de proéminences nombreuses, en partie serrées les unes contre les autres et confluentes, variant de la grosseur d'un grain de millet à celle d'une noisette, renfermait un tissu caverneux rempli de sang. Le contenu sanguin des surfaces plus grandes a un reflet bleu. La plupart des bourgeons sont mous, et leur contenu sanguin se laisse déprimer, ce qui affaisse la tumeur. D'autres ont une consistance plus ferme et montrent un godet central produit par la diminution du sang dans leur intérieur. Par ces altérations, le front, les paupières supérieures, les joues, présentent un aspect très modifié ; le nez, très augmenté de volume, est mamelonné, et la lèvre supérieure très hypertrophiée ressemble à une trompe énorme qui surplombe la bouche, la lèvre inférieure et le menton. L'angiome intéresse toute l'épaisseur de la paupière et de la conjonctive ; la gencive à la partie moyenne du maxillaire supérieur est fortement épaissie par l'angiome, qui s'étend aussi, mais partiellement, sur le maxillaire inférieur et le palais.

A ses limites, cette néoformation de faisceaux disparaît progressivement sous la forme d'une télangiectasie plate, des deux côtés du front, vers le cuir chevelu, derrière l'oreille gauche et le menton. Une tache télangiectasique plate se trouve à la face externe du pied droit, on n'en trouve pas sur le reste du corps.

A travers la conjonctive bulbaire, et surtout sur l'œil gauche, on voit briller un réseau veineux épiscléral épais et étendu ; en outre une tumeur angiomateuse semble adhérer à la partie inférieure du pourtour de cet œil. On remarque sur l'œil droit, vers le bord supéro-interne de la cornée, quelques petites taches bleues, qui sont probablement les veines ciliaires antérieures thrombosées. Ici aussi, non loin du rebord cornéen, on note un épaississement inégal de la sclérotique. L'œil gauche présente un état inflammatoire chronique, trouble, diffus et vascularisation de la cornée, ectasie de la région ciliaire. L'examen ophtalmoscopique est impossible à cause de la cataracte bilatérale. Mais la diminution très notable du sens lumineux indique une altération de la rétine qui contre-indique l'extraction du cristallin. Il n'est pas improbable que les membranes internes de l'œil aient pris part à ces altérations vasculaires.

(Dr Abt, Nancy.)

REVUE CLINIQUE

W. Goldzieher. — **Contribution à l'étude des tumeurs symétriques de l'orbite.** (*Zeitschrift fur Augenheil.* B. VII, H. 1.)

Une jeune fille de 16 ans, bien portante et sans antécédents héréditaires, se présente à l'hôpital pour une saillie de l'œil gauche. Il s'agit d'une tumeur, qui est facilement enlevée, après incision de la peau, le long du rebord orbitaire supérieur. L'examen microscopique montre un fibro-sarcome. Guérison.

Quelques semaines après, récidive sur l'œil gauche et développement d'une tumeur semblable dans l'orbite droit. Epaississement du rebord orbitaire. La cornée commence à suppurer. Pendant le traitement deux tumeurs se développent symétriquement sur les parois de l'orbite ; ces tumeurs sont irrégulières et très douloureuses à la pression. La partie antérieure de la tumeur du côté droit est facilement enlevée, mais la partie postérieure présente de nombreuses adhérences avec les tissus de

l'orbite, aussi l'extirpation complète est-elle impossible.

Dans la suite, la température s'élève. L'exophtalmie ne se reproduit pas. La malade tombe dans le coma, et meurt.

L'autopsie ne montra rien de particulier. A l'examen microscopique on constate que la tumeur est un fibro-sarcome pauvre en cellules.

Le compte rendu de l'autopsie décrit des altérations observées déjà pendant la vie. Adhérences fibrineuses de la plèvre. Endocardite récente. Petits noyaux bien limités dans le foie et la rate. Le tissu cellulaire situé devant la colonne vertébrale est condensé en un amas couenneux de 3 à 4 mm. d'épaisseur, qui fait adhérer l'aorte descendante et l'œsophage à la partie antérieure de la colonne vertébrale.

Se basant sur l'autopsie, Goldzieher pose le diagnostic de syphilis, et regarde les tumeurs de l'orbite comme des gommes

F. A.

Dr Wingenroth. — **Contribution à l'étude des tumeurs symétriques des paupières.** (*V. Graefe's, Archiv.* 51 II.)

Chez une femme de 50 ans, de petites tumeurs s'étaient développées petit à petit et sur les quatre paupières.

Par leur développement progressif, elles avaient grossi, au point que la malade ne pouvait ouvrir ses paupières qu'au prix de bien des efforts. En même temps, se montraient de petites tumeurs assez proéminentes, sur les membres supérieurs et le thorax. Sur les paupière supérieure et inférieure de chaque œil, ces tumeurs ont à peu près le volume d'une noix, elles sont symétriques et rétrécissent fortement la fente palpébrale. Les végétations sont fermes et dures, mal limitées du côté des os, elles font corps avec le tarse. Les tumeurs présentent une légère rougeur et sont sensibles à la pression. Aux mains et aux coudes on trouve aussi de nombreuses petites tumeurs spécialement autour des articulations et le long des extenseurs ; elles sont mobiles sous la peau.

L'examen histologique montre un grand nombre de corpuscules graisseux entremêlés de tissu muqueux et hyalin. On distingue difficilement quelques fines traînées de tissus conjonctif.

Beaucoup de globules rouges, de cellules lymphoïdes et de grandes cellules à noyau ; de petits vaisseaux et des fibres élastiques en grand nombre.

Il s'agit très problablement de lipomes symétriques des paupières, en dégénérescence myxomateuse, mêlés à une lipomatose répartie en plusieurs endroits du corps.

F. A

P. Franke. — **Affection oculaire et fièvre des foins.** (*Zeitschrift f. de Augenheilkunde*, Bd VI, 6.)

Les yeux sont souvent atteints dans la fièvre des foins. L'affection commence par les fosses nasales et se propage aux yeux. Les symptômes de l'affection oculaire sont semblables à ceux qui accompagnent le vulgaire coryza. Franke a obtenu d'excellents résultats thérapeutiques au moyen de l'holocaïne ; il faut éviter toute médication irritante. La maladie est toujours limitée à la conjonctives. Son pronostic est favorable.

W. Hochheim, — **Deux cas de sarcome mélanique épibulbaire avec pigmentation remarquable de l'épithélium.** (*Zeitschrift fur Augenheilkunde*, VI, 5.)

Hochheim a eu l'occasion d'examiner deux cas de sarcome épibulbaire qui pésentaient une pigmentation de l'épithélium de la cornée.

Dans le premier cas, la tumeur n'atteignait pas le rebord cornéen, tandis que, dans le second, elle se propageait entre l'épithélium et la membrane de Bowmann, et entre cette dernière et le parenchyme cornéen. On trouvait aussi des traces de pigment entre les lamelles superficielles de la cornée.

Les recherches microchimiques restèrent négatives, tandis que l'examen chimique de la tumeur montra la présence de fer.

Hochheim croit que dans le premier cas, le pigment a pénétré exclusivement par résorption dans la cornée, tandis que dans le second cas, le pigment aurait pu provenir aussi de la surface.

F. A.

Dr Julius Pejer. — **Extirpation d'un myxosarcome rétrobulbaire** (*Archiv. f. Augenh.* 44. III.)

La tumeur s'était développée en 4 ans chez un enfant âgé de 9 ans. Après avoir enlevé

l'œil aveugle et suppuré, on extirpe la tumeur le mieux possible et sous une abondante hémorragie. Deux récidives, deux interventions nouvelles, sans guérison définitive. Le résultat final n'est pas connu. Il s'agissait d'un myxosarcome à grosses cellules conjonctives, et à faisceau conjonctif peu développé. F. A.

Dr Hochheim. — **Contribution à l'étude des tumeurs symétriques des paupières et de l'orbite.** (*Cliniq. opht. de l'université de Greifswald*).

Une femme de 29 ans présentait une petite tumeur de la paupière inférieure gauche et située près de l'angle interne ; cette tumeur s'était développée lentement et sans incommoder la patiente. En novembre, apparaît brusquement un gonflement considérable de la paupière supérieure droite, et en décembre la paupière recouvrait entièrement la cornée. En février 1898, les paupières de l'œil gauche gonflent aussi.

Pas de douleur. Grande fatigue. La femme ne peut ouvrir les paupières sans s'aider de ses mains. Le tiers inférieur du sternum est douloureux à la pression. Atrophie des muscles et du tissu graisseux sous-cutané ; la peau est flasque, desquamée, sèche, et, par endroits, très reluisante. Emphysème léger. Diarrhées passagères. Rien de particulier du côté de l'urine et du sang.

Au cou, on note un bouton dur et aplati. Sur le palais et le voile du palais, siège une tumeur immobile, régulière et à base d'implantation large. Pas de ganglions.

De nombreuses tumeurs dures et élastiques sont disséminées symétriquement dans les paupières, en outre, dans la paupière supérieure droite, sous la peau se trouve une tumeur isolée ; il y en a une autre semblable dans le plancher de l'orbite gauche. On peut mobiliser la peau au-dessus de la tumeur, mais on trouve des adhérences solides avec la conjonctive et le périoste.

L'examen histologique montra des cellules arrondies renfermées dans un stroma à mailles.

On avait porté le diagnostic de lymphome pseudo leucémique.

Traitement : Administration d'arsenic.

L'œil gauche étant meilleur, on extirpa les tumeurs des paupières.

Fin mai 1900, on relevait ce qui suit : pas de récidive du côté opéré, de l'autre côté, une tumeur en forme de champignon et grosse comme le poing pend à la paupière supérieure. Sur le palais se trouve une tumeur de la grosseur d'une cerise et en partie ulcérée.

La bibliographie suit.

F. A.

REVUE DES LIVRES

Graefe-Saemich. — **Handbuch der gesamten Augenheilekünde.** (2e édition, 1899.)

Chapitre XVIII. — *Les parasites animaux de l'œil*, par le Dr Kraemer, de Zurich.

Ire Partie. — *Introduction à l'histoire, l'étiologie et la pathogénie des maladies de l'œil occasionnées par les parasites.*

C'est dans le « Papyrus d'Eber » le plus ancien ouvrage consacré à l'ophtalmologie (écrit en l'an 3400), que l'on trouve pour la première fois mention de vers plats, parasites de l'intestin de l'homme, cependant la ladrerie du porc était déjà connue au temps de Moïse. Adrien van den Spiegel aurait le premier trouvé un ver dans l'intérieur de l'œil, une filiaire dans le vitré d'un œil de cheval. Cette partie de l'ophtalmologie a été inaugurée et bien étudiée par Hardmann en 1832.

IIe Partie. — *Maladies de la cornée, de la conjonctive, des paupières ou de leurs annexes, occasionnées par des insectes, parasites externes, dont les larves ou les sécrétions peuvent atteindre ces membranes.*

Celse a décrit de très bonne façon, il y a plus de 2000 ans, les inflammations des sourcils et des cils produites par les morpions (Phthiriasis oculorum). Kraemer recommande de rechercher la présence de ces parasites, sur les cils, dans tout cas de phtyriase.

Le paragraphe *a*) concerne les affections de la cornée, *b*) celles de la conjonctive et des paupières, *c*) les blessures de l'œil produites par les sangsues. L'auteur signale des particularités très rares, c'est ainsi qu'il parle d'un cas observé par de Graefe où une sangsue destinée à la tempe et appliquée au limbe scléro-cornéen, aurait provoqué un décollement

hémorragique de la rétine chez une fillette de 5 ans.

III[e] Partie. — *Maladies de l'œil par parasites internes.*

Les 3 premiers chapitres ont trait au cysticerque : (Le cysticerque sous les paupières, sous la peau du pourtour de l'œil.)

A. — Le cysticerque sous-conjonctival. — Le cysticerque dans l'orbite. — Le 4[e] chapitre D, concerne l'échinocoque dans l'orbite. Kræmer considère les signes suivants comme assez caractéristiques en faveur de la présence du cysticerque dans l'orbite : Poussées inflammatoires souvent répétées, accroissement rapide, capsule fibreuse dure, siège rapproché de la base de l'orbite. En outre, les paupières peuvent être œdématiées ; des douleurs lancinantes et les signes d'un phlegmon circonscrit de l'orbite peuvent apparaître. En raison de la rareté de cette affection, on oublie en maints cas que le cysticerque peut se développer dans l'orbite. Depuis que l'on a reconnu pour la première fois, il y a cent ans, ce parasite dans l'orbite on a signalé environ 70 cas, le plus jeune individu chez lequel on l'a trouvé avait 2 ans. Le diagnostic est difficile, et on a souvent cru avoir affaire à une tumeur maligne, depuis que l'on pratique la surveillance de la viande, cette affection est devenue beaucoup plus rare. Le seul traitement est l'extirpation complète de la vésicule et de sa capsule, on préférera la méthode de Krönlein.

IV[e] Partie. — *Les vers filiformes de l'œil. Filaires.*

Classification d'après le siège : 1° sous la conjonctive, 2° dans la chambre antérieure, 3° dans le cristallin, 4° dans le corps vitré, 5° dans l'orbite. Filaria Loa provient de la côte est d'Afrique, et a été transportée dans le sud de l'Amérique par les esclaves nègres.

Chapitre. I[er]. — Le ver, long de 2-3 cm., siège dans les parties graisseuses de l'orbite, mais apparaît bientôt sous la conjonctive, où il provoque une irritation plus ou moins vive ; il n'enflamme jamais le tissu graisseux de l'orbite.

Les cas signalés dans les chapitres II et III sont excessivement rares.

Chapitre. IV. On croit souvent être en présence de restes de l'artère-hyaloïde, surtout dans les cas de myopie forte avec ramollissement du vitré, car, au moindre mouvement de l'œil, ces restes se meuvent, et ressemblent à un ver par la forme de leurs mouvements. Seul une observation longue et suivie permet de faire le diagnostic ; en effet, s'il s'agit d'un parasite vivant, il croîtra et provoquera les phénomènes inflammatoires les plus graves. Très intéressant est le cas de Kuhnt : il s'agit d'un homme de 31 ans, chez lequel on avait porté le diagnostic « d'Entozoon oculi » vivant (à l'exclusion du cysticerque) après six mois d'observation, on put extraire avec succès du pôle postérieur une filaire. Dans un supplément au chapitre 4, l'auteur étudie « Trichina spiralis ».

V[e] Partie. — *Les parasites intraoculaires Filaria intraocularis.*

Le cysticerque a été observé très rarement dans la chambre antérieure. Hirschberg en a signalé un cas chez un enfant de 2 ans. La première observation certaine de cysticerque dans le vitré ou sous la rétine a été décrite par A. von Graefe en 1854. Sur un matériel de 1000 maladies oculaires, de Graefe signale un cas. D'après Hirschberg, ce parasite serait moins rare. Ici encore il faut signaler une plus grande rareté, depuis l'examen des viandes. En général, la fréquence du « Cystiurcus cellulosae » est en relation avec la répartition géographique du Taenia Solium.

Cohn a observé 2 cysticerques dans le même œil. Chez le porc, on a trouvé jusqu'à 16 individus dans l'intérieur de l'œil. L'entozoaire siège d'abord entre la rétine et la choroïde, et pénètre ensuite dans le vitré, ou bien entre d'emblée dans le vitré, sans qu'on puisse observer d'altération dans la rétine. La grosseur des vésicules du vitré, varie entre 1 1/2 mm. à 9 mm. La plus grosse vésicule signalée par Hirschberg avait 15 mm. de diamètre. Diagnostic : A côté de la mobilité du ver, on admet, comme très caractéristique, l'éclat doré, brillant et l'irisation des bords de la vésicule. De Graefe fait observer que celui qui a observé une fois ce phénomène saura toujours reconnaître un cysticerque dans l'œil. Quelques planches colorées (page 102) accompagnent cette description. A propos du diagnostic différentiel, il faut savoir (Hirschberg) que certains filaments congénitaux du vitré, avec acuité visuelle plus ou moins normale,

peuvent en imposer pour un cysticerque vu à travers des obstacles. Avant tout dit l'auteur, si ces yeux n'ont jamais été enflammés, il faut rejeter l'hypothèse de la présence d'un entozoaire ; de même l'acuité visuelle reste très longtemps excellente. Mais quand il y a un cysticerque, et qu'on abandonne l'affection à elle-même, la vision se perd fatalement, et l'œil ne tarde pas à s'enflammer. Le ver reste vivant de 1 à 2 années et plus encore, par sa présence et sa croissance il produit une inflammation chronique de l'œil, qui finit par détruire entièrement l'acuité visuelle, et se termine par une phtisie du globe. Quelques observations remarquables montrent la marche et les variétés de l'évolution de cette affection. D'après Kræmer le cysticerque ne produit l'ophtalmie sympathique que lorsque les opérations faites pour l'extraire sont suivies d'une infection ; dans tous les autres cas, on a seulement signalé de l'irritation sympathique (photophobie, injection sous-conjonctivale, etc.), qui disparaît rapidement après l'énucléation de l'œil malade. On ne peut encore faire avec certitude le diagnostic différentiel entre cysticerque et tumeur maligne, une étude anatomo-pathologique très détaillée suit.

Si l'on n'opère pas, le pronostic est très sombre. Si l'on opère, il dépend du siège du ver et de l'état de l'œil. Les cas les plus défavorables sont ceux où la vésicule se trouve en liberté dans le vitré. La forme sous-rétinienne donne plus d'espoir. Kraemer signale 5 cas, tous deux appartenant à de Graefe, pour lesquels l'acuité visuelle serait restée indemne après l'opération. On ne saurait assez recommander d'opérer le plus tôt possible. A. de Graefe, qui fut le plus heureux dans ces opérations, a opéré 45 yeux renfermant le parasite, de janvier 1877 au commencement de 1885. Il opéra avec succès 30 fois, donc 67 % environ. Leber, Hirschberg, Mitvalsky et H. Cokes ont aussi enregistré des succès.

L'opération la plus avantageuse est celle recommandée par A. de Graefe : section méridienne sclérale, iridectomie en deux temps. La localisation suffisamment exacte du parasite est une condition de succès. Cependant Hirschberg et Leber citent des cas où un cysticerque du vitré ou sous-conjonctival a pu être enlevé avec succès, la localisation ayant été approximative seulement. Pour montrer l'incercertitude de cette opération, l'auteur termine son intéressant travail par cette phrase de Hirschberg : « Celui qui entreprend l'extraction d'un cysticerque doit se persuader que cette opération n'est pas comparable à l'extraction d'une cataracte sénile, et que souvent elle ne réussit pas contrairement à nos précisions. »

(Dr Abt, Nancy.)

BIBLIOGRAPHIE

Prof. Laqueur (Strasbourg). — **Mort pendant la chloroformisation (syncope cardiaque.)** (*Deutsch. med. Wochenschrift*, 1902, n° VII, p. 114.)

On chloroformait un jeune garçon de 14 ans, atteint d'ophtalmie sympathique, pour pratiquer l'énucléation d'un œil. Le sujet dormait depuis une minute (chloroforme irréprochable, administré goutte à goutte, bon masque) ; un stade d'excitation violente se produisit, puis tout à coup pâleur de la face, la tête se renverse en arrière et le cœur cesse de battre. La respiration artificielle est pratiquée une heure et demie sans résultat. A l'autopsie, on trouva un thymus très développé ; en outre, les follicules glandulaires de la base de la langue et les plaques de Peyer sont agrandies, grand développement des glandes de la peau, du plancher de la bouche, et très grosse rate.

Il est à remarquer, en outre, que le nerf optique de l'œil à énucléer était fortement atrophié (malgré une perte de la vision datant de deux ans seulement). Au-delà du chiasma, on ne voyait pas de signes macroscopiques d'atrophie du tractus (en faveur de l'entrecroisement partiel).

La mort a donc été produite par une paralysie du cœur et non par asphyxie. Il faudrait, d'après Laqueur, chercher la cause de cet accident dans l'augmentation de volume du thymus qui présentait une hyperplasie pure sans hyperémie notable. On a aussi trouvé un gros thymus dans les cas de mort subite chez des jeunes gens bien portants, aux bains, par exemple, pendant la natation, ou au moment où, avec l'écarteur, on refoulait la base de la langue dans l'examen de la gorge. Dans ces cas de mort, appelés « mort par le thymus », il s'agit moins d'une compression que d'une action nocive quelconque de la sécrétion interne aug-

mentée de l'organe sur l'appareil? Nerveux du cœur ; quel est ce mode d'action, nous l'ignorons.

Le diagnostic de l'augmentation de volume du thymus ne se fait que très rarement avec certitude chez le vivant. On ne peut faire un diagnostic probable que très indirectement, par l'agrandissement des follicules glandulaires de la base de la langue, qui peuvent être observées quelque fois avec le miroir frontal.

Ce symptôme serait d'après l'auteur une contre-indication formelle en faveur de la narcose chloroformique, car la vie des individus dont le thymus est augmenté de volume tient à un fil, qui peut être rompu à la moindre occasion. F. A.

Berenstein. — **Accidents glaucomateux après l'extraction du cristallin, et effets de l'hypertension sur la couche des bâtonnets.** (*v. Graefe's Archiv.*, 51, I.)

Chez un goutteux de 75 ans, il se produisit après l'extraction de la cataracte, de l'iridocyclite et un état glaucomateux. L'œil fut énucléé. Six mois après, l'autre œil fut aussi atteint de glaucome, Malgré une iridectomie immédiate, une iridochoroïdite chronique se développa, avec un état glaucomateux.

L'examen anatomo-pathologique montra un fait très curieux : la direction des cônes et des bâtonnets était presque parallèle à la surface du globe, comme si ces derniers avaient été aplatis. Berenstein attribue cette inclinaison à l'augmentation de la pression. F. A.

Dr Ward A. Holden (New-York). — **Embolie d'une artère papillaire inférieure proéminant dans le corps vitré.** (*Klin. Monatsbl. f. Augenbiltz.*, 39, 1901.)

Observation semblable à celle publiée par Beer (Insbruck 1891) dans les *Klin. Monatsblattera*. Une négresse de 25 ans présente sur chaque œil une boucle artérielle s'avançant dans le corps vitré. Brusquement, apparaît sur l'un des yeux une hémianopsie supérieure très étendue. La partie inférieure de la rétine est trouble. Les trois artères rétiniennes inférieures sont très rétrécies au voisinage de la papille, puis augmentent progressivement de diamètre en s'éloignant. Au point où l'artère inférieure se divise, on voit un élargissement, de couleur sombre des deux vaisseaux, qui est apparemment l'embolie. Quelques semaines après, les trois branches inférieures de l'artère étaient entourées de lignes blanches, et la partie inférieure de la papille était nettement décolorée. F. A.

Quiaida Salinowsky. — **Sur l'endartérite avec concrétion de l'artère centrale.** (*Archiv. f. Augenheilk.*, 43, III,)

Ce travail, fait à la clinique de Haab, donne une bonne description des altérations microscopiques d'un œil perdu par une obstruction de l'artère centrale. L'obstruction de l'artère n'était pas causée par une embolie, mais par une endartérite proliférante avec formation de concrétions calcaires au niveau d'une dilatation de l'artère. F. A.

Dr Liebrecht. — **Nerf optique et artériosclérose.** (*Archiv. f. Augenheilkunde*, 44 III.)

Cette étude, qui repose sur l'examen de 7 pièces, étend nos connaissances sur cette question d'une manière scientifique et rigoureuse. L'auteur résume le résultat de ses recherches dans les lignes suivantes :

I. L'artériosclérose atteint le nerf optique bien plus souvent, et dans une bien plus grande mesure que nous ne le pensions jusqu'ici.

II, L'action nocive ne se produit pas dans la partie osseuse du canal optique (car l'artère ophtalmique a déjà pénétré en cet endroit dans la gaine durale du nerf optique, et ne peut plus exercer de pression), mais dans les endroits suivants ;

a) Le plus souvent dans la partie fibreuse du canal qui suit le canal osseux vers le crâne, par application de l'artère le long du nerf ;

b) A la partie supérieure du bord aigu du canal fibreux, contre lequel le nerf optique est fortement comprimé par l'artère carotide ;

c) Au milieu de la distance entre le canal et le chiasma, au point où la carotide, l'artère cérébrale antérieure et le nerf optique se croisent.

III. Au début, l'atrophie est une atrophie par compression qui se propage en descendant jusqu'à la couche des fibres nerveuses de l'œil et en montant jusqu'au chiasma. A cette atrophie par compression, succède une néoforma-

tion secondaire de tissu conjonctif et de vaisseaux.

IV. L'atrophie ascendante et descendante s'étend très rapidement et quand elle atteint l'œil nous devons admettre un nouveau processus atrophique dans le nerf optique.

V. En ce qui concerne les altérations fonctionnelles, il est à remarquer que, dans les formes les plus fréquentes, les traînées cicatricielles ne produisent pas une diminution très considérable de l'acuité visuelle, et sûrement pas l'amaurose. Cette dernière n'est possible que dans les cas de large compression du nerf.

VI. Souvent la carotide et l'artère ophtalmique présentent une artériosclérose très notable, et l'artère centrale peut être indemne.

F. A.

L. Bach. — **Nouvelle contribution à l'étude des anomalies congénitales de l'œil et considérations sur la genèse de la corectopie.** (*Zeitschrift für Augenheil.* Bd VI. 5).

B. a eu l'occasion d'observer un nouveau cas de malformation de l'œil chez un lapin albinos.

L'observation clinique de ce cas est la suivante : Corectopie vers en bas et en dedans, luxation du cristallin dans la direction opposée. A l'éclairage, on n'obtient de reflet rouge que pour la moitié inférieure de la rétine. Si on éclaire les autres parties, on voit dans le corps vitré un trouble finement ponctué, membraneux et fixe. La surface unie est parcourue par de petites gouttières blanches et de formes variées. L'entrée du nerf optique n'est pas visible, sa place est marquée par un trouble épais, sur laquelle serpente un vaisseau.

Examen anatomique :

Cornée normale.

Sclérotique normale dans ses parties antérieures, épaissie dans la région du pôle postérieur, vascularisée, amincie dans la partie inférieure de ce même pôle.

L'iris est plus épais à sa partie inférieure qu'à la partie supérieure.

Le bord papillaire est courbé en arrière sur toute sa surface.

Les procès ciliaires sont bien développés, un tractus partant de ces derniers et traversant le vitré va s'insérer à la rétine dans la région du pôle postérieur et attire ainsi l'iris et les procès ciliaires en arrière.

Le cristallin est quelque peu luxé en haut, la cristalloïde postérieure est amincie, plissée, déchirée les fibres cristalliniennes sont altérées dans la région du pôle postérieur.

La zonule de zinn manque presque entièrement dans une moitié du bulbe. Partant de l'hémiglobe postérieur et traversant le vitré, des tractus se dirigent en avant et vont s'insérer aux procès-ciliaires, à la partie ciliaire inférieure de l'iris, à la partie supérieure de l'ora serrata, et à la partie inférieure et postérieure de la surface cristallinienne.

La rétine est fortement altérée et plissée. Le nerf optique est riche en noyaux. En outre, on constate des dépôts calcaires, osseux une dégénérescence hyaline, dans la sclérotique.

Cet examen anatomique est suivi d'une note sur les recherches antérieures de Bach concernant la corectopie et le colobome de l'iris.

L'auteur fait ensuite un examen comparé entre ses travaux et ceux des autres auteurs.

F. A.

Bergmeister. — **Sur l'exophtalmie congénitale.** (*Beitrage f. Augenheil.* 48.)

Bergmeister a eu l'occasion d'examiner trois cas d'exophtalmie congénitale. Le premier est décrit tout au long, les deux autres plus brièvement. Tous trois avaient comme signes communs : une asymétrie de la face, du ptosis ; le premier et le second des yeux exophtalmes présentaient des troubles de la motilité. Sur le premier œil, on trouva un colobome de la choroïde et du nerf optique. En pratiquant la ténotomie des quatre droits, on ne put trouver d'insertion musculaire ; au moyen du crochet à strabisme on trouva des cordes dures, tendineuses, non élastiques, criant sous le couteau. Les résultats de l'opération sont inconnus. Bergmeister regarde la dégénérescence des muscles comme la cause de l'exophtalmie dans ce dernier cas.

F. A.

Prof. Hoppe. — **Iritis chez un nouveau-né.** *Archiv. f. Augenh,* 46 IV.

Il s'agit d'une iritis unilatérale avec synéchies postérieures et exsudats sur la cristalloïde antérieure. Tous les vaisseaux de l'iris étaient extraordinairement élargis. En un point s'était formé un petit bouton très remarquable

et constitué par des vaisseaux gorgés de sang. Un petit amas de sang, flottant librement dans la chambre antérieure, adhérait à ce bouton. Cette affection, après avoir acquis son maximum d'acuité, avait cédé en quelques jours.

Après avoir passé en revue toutes les causes possibles, en particulier une infection bactérienne d'origine fœtale provenant d'un abcès que la mère avait eu pendant longtemps, une affection provenant d'aphtes, des follicules ou des cryptes de la muqueuse buccale, et enfin la syphilis héréditaire, en faveur de laquelle il n'avait pu relever aucun signe, l'auteur en vient à attribuer l'iritis à une compression très forte exercée sur l'œil pendant l'accouchement qui avait duré 36 heures.

Par une compression exercée sur l'œil d'un lapin, Hoppe a réussi a obtenir une dilatation macroscopique des vaisseaux de l'iris : ce qui confirme l'explication donnée par l'auteur.

F. A.

Prof. Koster. — **Nouvelles recherches sur la filtration à travers les tissus animaux frais.** (*v. Graefe's Archiv.* 51. II.)

Dans ses travaux sur le pouvoir de filtration des divers tissus de l'œil, Koster s'est servi d'une solution de chlorure de sodium de coefficient isotonique de celui de l'humeur aqueuse soit, 0,9 %. Il a fait des recherches sur l'uvée, l'iris, la choroïde, la cornée intacte, la cornée sans épithélium antérieur et sans membrane de Bowmann, la cornée sans endothélium et sans membrane de Descemet, la cornée sans épithélium sans membrane de Bowmann sans endothélium et membrane de Descemet, la membrane de Descemet avec ou sans endothélium, la membrane de Bowmann avec ou sans épithélium, la sclérotique et enfin la cristalloïde avec ou sans épithélium.

Koster résume dans les propositions suivantes le résultat de ses nombreuses recherches ;

1° La lymphe secrétée par le corps ciliaire (et peut-être, en petite quantité, par la choroïde, l'iris et la rétine) ne peut s'échapper de l'intérieur de l'uvée, par pression ou par courant, que pour aller dans la pupille ou le nerf optique. L'uvée est imperméable dans toutes ses parties.

2° Par pression et par courant, on ne peut faire pénétrer la lymphe dans l'intérieur de la cristalloïde; de même, on ne peut en faire sortir la lymphe qui s'y trouve.

3° La lymphe répandue entre la choroïde et la sclérotique ne peut sortir de l'œil, par pression ou par courant, que le long du nerf optique et le long des gaines des vaisseaux perforants de la sclérotique. (Il faut encore faire des recherches spéciales pour savoir si la paroi entre la chambre antérieure et les espaces périchoroïdiens est perméable). La sclérotique est imperméable.

4° La pression et le courant ne déterminent aucun mouvement des liquides dans la cornée.

La cornée est entièrement imperméable. Ceci prouve que dans la plus grande partie de l'œil et surtout à l'intérieur des tissus, les échanges ne peuvent se faire que par diosmose. Le cristallin, la cornée et la sclérotique, dans sa plus grande partie, se nourrissent de cette manière.

F. A.

Tous les mercredis à 1 h. 1/2, à la Faculté de médecine, amphithéâtre Cruveilhier, le Dr Darier *fait son cours de thérapeutique oculaire basé sur les découvertes les plus récentes.* — Inscription gratuite.

GÉLULES
CAPSULES GÉLATINEUSES PERFECTIONNÉES
se faisant en sept grandeurs
SUPPRESSION DES CACHETS
Notice et Échantillon sur demande.
Pharmacie BÉRAL
14, Rue de la Paix, 14
PARIS

PRODUITS ET PANSEMENTS POUR L'OPHTALMOLOGIE
Ballons Pipettes stérilisés pour collyres aseptiques.
PANSEMENTS AU CELLULIN HYDROPHILE (PAPIER DE BOIS DE PIN)
CHEVRETIN et LEMATTE, PHARMACIENS DE 1re CLASSE
Fournisseurs des Hôpitaux.
224, Rue Caumartin, PARIS. — TÉLÉPHONE : 245-56